

# **PFLEGEDOKUMENTATION IN DER ENDOSKOPIE**

Von Eva Maria SCHAFFER  
I. Med.-Endoskopie  
KH – Wr. Neustadt

Die Pflegedokumentation ist seit 1997 im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz festgelegt.

GuKG § 5/1 Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren.

Die gesetzliche Normierung der Pflegedokumentation trägt der Professionalisierung, die in der Gesundheits- und Krankenpflege in den letzten Jahren auf internationaler Ebene und auch in Österreich stattgefunden hat, Rechnung. Eine eigenständige Pflegedokumentation ist unverzichtbar für Maßnahmen der Qualitätssicherung, die auch im Krankenanstaltengesetz verankert sind und trägt zur Verbesserung der Pflegequalität bei. Mit dieser Bestimmung wird für den Bereich der Krankenanstalten dem § 10 Krankenanstaltengesetz Rechnung getragen. Die hohe Qualität und der Umfang unserer pflegerischen Tätigkeit in der Endoskopie wird nachvollziehbar und kontrollierbar gemacht.

Die Dokumentation soll übersichtlich und praktikabel sein.

Jede Endoskopie-Abteilung sollte sich nach eigenen Maßstäbe, Arbeitsabläufen und den jeweiligen Standards eine eigene, sozusagen „maßgeschneiderte“ Pflegedokumentation erarbeiten

## **Dazu stellen sich einige Fragen:**

Welche Daten werden benötigt?

Was ist die minimale Dokumentation?

Was ist die maximale Dokumentation?

Was kann als Standard hinterlegt werden?

Was ist wichtig, um sichere Rahmenbedingungen zu schaffen?

Welche Informationen benötigen Personen, die den Patienten weiter betreuen?

Die Pflegedokumentation ist im Selbstschutzinteresse so zu führen, dass für einen dritten Sachkundigen in angemessener Zeit schlüssig nachvollziehbar ist:

**Wer hat was, wann, warum angeordnet?  
Wer hat was, wann, warum durchgeführt?**

## **Pflegedokumentationsbogen:**

Stammdaten des Patienten (ev. Klebeetikette)  
Untersuchungsdatum und Uhrzeit (bei Videodokumentation schon festgelegt)  
Untersuchungsteam (Pflegepersonal, ev. Arzt)  
Untersuchungsgerät – Type (ev. Serien-Nr.)  
Art der Untersuchung (Gastro, Colo, ERCP, PEG-Sonde,...)  
Vorbereitung des Untersuchungsraumes – lt. Standard  
Pflegegepräch (Aufklärung durch Pflegepersonal über Untersuchungsablauf)  
Wertgegenstände (Zahnersatz, Brillen, Hörapparat)  
Lagerung des Patienten (lt. Standard, der jeweiligen Untersuchung entsprechend)  
Zustand des Patienten (pflegerische Einschätzungen)  
Venöser Zugang (vorhanden, gelegt)  
Medikamente (je nach Art der Prämedikation)  
Rachenanästhesie  
Überwachung während der Untersuchung (Vitalzeichen, Monitoring, Pulsoxymeter)  
Interventionen

## **Nachsorge:**

Medikamente – Infusionen  
Erlaubte Ernährung  
Station telefonisch benachrichtigt  
Befund beiliegend  
Sonstige Bemerkungen  
Patientenüberwachung nach der Untersuchung möglich  
Wertgegenstände ausgefolgt  
Art der Entlassung des Patienten aus der Endoskopie-Abteilung  
Ev. Zustand des Pat. bei der Entlassung  
Untersuchung lt. Standard durchgeführt.

Unterschrift bzw. Handzeichen des Pflegepersonals

## **WICHTIG!!!**

**Alles nicht dokumentierte gilt als nicht durchgeführt!**

Die Pflegedokumentation kann auch EDV-gestützt angelegt werden.  
Sollte dann aber ausgedruckt und der Krankengeschichte beigelegt werden.